ISBN 1188–4169

Relevé des maladies transmissibles au Canada

Vol . 24-2 Date de publication : 15 janvier 1998

Contenu du présent numéro : *(nombres de pages: 6)*

ÉCLOSION DE GRIPPE DE TYPE A SUR UN BATEAU DE CROISIÈRE	F-1	9-11
APERÇU DU PROGRAMME *FLUWATCH* CANADIEN POUR L'ANNÉE 1996-1997	F-3	11-15
ERRATA	F-6	15-16

Pagination officielle : Les références doivent renvoyer aux numéros de page de la copie imprimée et non à ceux de la copie communiquée par télécopieur.

ÉCLOSION DE GRIPPE DE TYPE A SUR UN BATEAU DE CROISIÈRE

Le 10 septembre 1997, Santé Canada a informé les *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) des États-Unis que lors d'une croisière entre New York et Montréal, effectuée entre le 31 août et le 10 septembre, un nombre total de 39 (2,7 %) des 1 445 passagers et trois (0,5 %) des 631 membres d'équipage se sont présentés à l'infirmerie du bateau en raison d'une maladie respiratoire fébrile aiguë. Tous les passagers ont débarqué à Montréal; neuf (0,6 %) ont été aiguillés vers des hôpitaux de la région en raison de complications respiratoires et six ont été hospitalisés. Des cultures ont confirmé la présence du virus grippal de type A.

Le 11 septembre, une nouvelle cohorte de 1 448 passagers ont pris le même bateau pour le voyage de retour vers New York; l'équipage était le même. Entre le 11 et le 20 septembre, un nombre total de 19 (1,3 %) passagers et 17 (2,7 %) membres d'équipage se sont présentés à l'infirmerie en raison de syndrome grippal (SG) : fièvre ≥ 37,8 °C (100 °F), accompagnée soit d'un mal de gorge, soit d'une toux. Le 15 septembre, des représentants de Santé Canada et des CDC sont montés à bord du bateau au Canada en vue d'enquêter sur l'éclosion et renseigner les autorités responsables du bateau sur les mesures de contrôle à prendre. Un écouvillonnage du rhinopharynx réalisé le 17 septembre était positif pour le virus grippal de type A selon les résultats d'un test rapide de détection de l'antigène. Une surveillance active des cas de SG a été exercée parmi les membres d'équipage; ceux qui avaient des symptômes évocateurs ont été confinés à leur cabine et ont commencé à prendre de la rimantadine. Tous les membres d'équipage qui n'étaient pas malades ont été invités à prendre de la rimantadine à titre préventif durant 14 jours. Les 631 membres d'équipage ont reçu le vaccin antigrippal de 1997-1998. Le 17 septembre, tous les passagers embarqués pour la deuxième croisière ont été mis au courant de l'éclosion, et l'on a offert une prophylaxie à la rimantadine aux passagers non malades. Les passagers souffrant de SG qui se sont présentés à l'infirmerie ont reçu de la rimantadine durant 5 jours.

Selon une enquête menée auprès de 1 284 passagers les 17 et 18 septembre, 994 (77,4 %) passagers avaient ≥ 65 ans, 336 (26,2 %) avaient des affections chroniques associées à un risque accru de complications graves de la grippe, 52 (4,1 %) ont déclaré avoir un SG, et 1 020 (80,8 %) des 1 262 passagers ont déclaré prendre de la rimantadine à titre préventif. Le 20 septembre, deux (0,1 %) passagers qui ont débarqué à New York ont été adressés à des hôpitaux en raison de complications respiratoires. La caractérisation des isolats reçus par les CDC pour culture virale a permis d'établir que 13 étaient apparentés au virus grippal A/Sydney/05/97(H3N2). Le 20 septembre, un nouveau groupe de passagers est embarqué à New York; ces derniers ont été mis au courant des éclosions antérieures. Entre le 21 et le 24 septembre, aucun nouveau cas n'a été décelé.

Remerciements

Les auteurs remercient les personnes suivantes de leur aide : Dr R. Wainwright, *Division of Quarantine*, Dr N. Cox, *Division of Viral and Rickettsial Diseases*, CDC; Dr J. Miller, *Bureau of Communicable Diseases*, F. Winters, *Department of Health* de la ville de New York; Dr K. Gensheimer, *Department of Human Services* du Maine; Dr M. Barry, *Public Health Commission* de Boston; Dr U. Brandy, *Department of Health* du Rhode Island aux États-Unis; Dr R. St. John, Bureau des initiatives spéciales en matière de santé, Dr R. Nowak, T. Nguyen, Services de santé et quarantaine, Dr G. Lynch, L. Ouellette, Services de santé au travail et d'hygiène du milieu, Santé Canada; Dr M. Libman, Hôpital général de Montréal, Dr P. René, Hôpital Royal Victoria, Dr M. Miller, Hôpital général juif, Dr J. MacDonald, Hôpital de Montréal pour enfants, Montréal; Dr J. Carsley, Dr F. Saint-Onge, Dr L. Valiquette, Dr P. Leguerrier, Unité des maladies infectieuses,

Département de la santé publique de la région de Montréal: L. Mathieu, Services de santé et d'hygiène du milieu, district du Québec, Canada.

Source : *J Miller, DMV, Division of Quarantine, National Center for Infectious Diseases, CDC, Atlanta; T Tam, Programme de formation en épidémiologie d'intervention, LLCM, Ottawa; C Afif, MA, Dr S Maloney, Dr M Cetron, Division of Quarantine, Dr K Fukata, A Klimov, PhD, H Hall, Division of Viral and Rickettsial Diseases, National Center for Infectious Diseases, CDC, Atlanta; Dr D Kertesz, Division des maladies respiratoires, Dr J Hockin, Programme de formation en épidémiologie d'intervention, LLCM, Ottawa (adapté du MMWR, vol 46, nº 46, 1997).*

Éditorial

Les éclosions de grippe survenues à bord de paquebots de croisière n'ont pas été bien caractérisées dans le passé. Une telle éclosion de grippe de type A a toutefois été documentée sur un paquebot navigant entre Tahiti et Hawaii en octobre 1997[1]. Chaque année, en Amérique du Nord, plus de 4 millions de personnes passent leurs vacances à bord de bateaux de croisière en Amérique du Nord et nombre de ces passagers pourraient présenter un ou plusieurs facteurs de risque de complications de la grippe, comme en témoigne le cas des passagers de la croisière dont il est question dans le présent rapport. Les bateaux de croisière sont des milieux fermés ou semi-fermés où des personnes âgées atteintes de maladies chroniques sont en contact étroit les unes avec les autres. Ainsi, pendant une éclosion de grippe, des mesures de lutte contre l'infection semblables à celles qui sont recommandées pour les centres d'accueil[2] doivent être envisagées.

Le Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI) recommande aux voyageurs à haut risque de complications de la grippe de se faire vacciner contre cette maladie s'ils se rendent dans des pays où l'on a signalé une activité grippale. Il faut environ 2 semaines avant que le vaccin de la grippe offre une protection maximale. Le CCNI recommande également l'usage du chlorhydrate d'amantadine, un antiviral qui est efficace pour la prophylaxie de la grippe de type A, en plus de la vaccination chez les personnes à haut risque qui pourraient avoir une réponse immunitaire insuffisante au vaccin, et en guise de complément dans le cas des personnes à haut risque vaccinées tardivement[3]. À la lumière de cette éclosion, les voyageurs qui sont à haut risque de complications de la grippe et prévoient partir en croisière doivent aussi se faire vacciner. Il faudrait également envisager l'administration d'amantadine. Quels que soient les ports d'escale du paquebot ou la saison, les croisières représentent une occasion unique de contacts prolongés et intimes entre des voyageurs internationaux des deux hémisphères.

Étant donné que l'industrie des croisières a pour clientèle principale des personnes qui sont à haut risque de complications de la grippe, les croisiéristes doivent développer et mettre en oeuvre des programmes de vaccination antigrippale à l'intention de leurs équipages afin de réduire la transmission de la grippe à ces passagers. Ils doivent également prévoir des mesures d'intervention pour circonscrire les éclosions à bord du navire. L'application de programmes de surveillance des maladies respiratoires à bord des paquebots de croisière, comparables à ceux qui existent déjà pour les maladies diarrhéiques, pourrait être envisagée afin de permettre la surveillance de l'activité grippale et la mise en oeuvre rapide de mesures de contrôle.

La souche de grippe A isolée lors de l'éclosion à bord du bateau de croisière, soit une souche apparentée à A/Sydney/05/97 (H3N2), est liée – mais distincte du point de vue antigénique – à A/Nanchang/933/95, la composante A(H3N2) incluse dans le vaccin de 1997-1998. Les virus apparentés à A/Sydney/05/97 (H3N2) ont été détectés pour la première fois en juin 1997 en Australie et en Nouvelle-Zélande[1]. En Australie, ces virus représentaient 29 % de tous les isolats de grippe A(H3N2) cette année, mais n'avaient pas été isolés en Amérique du Nord avant l'éclosion à bord du paquebot de croisière. L'ampleur de la circulation de la souche apparentée à A/Sydney/05/97 (H3N2) au Canada et l'effet de la circulation de ce virus sur l'efficacité du vaccin restent à déterminer. Étant donné que l'efficacité d'un vaccin dépend en partie de la concordance entre la souche vaccinale et la souche en circulation, la protection pourrait être moins bonne que prévue si cette souche connaît une large circulation[1,3]. Cependant, au 12 décembre 1997, l'activité grippale au Canada signalée dans le cadre du programme *FluWatch* était relativement faible, des cas sporadiques du syndrome grippal ayant été signalés par toutes les provinces et territoires, sauf la Saskatchewan (aucun rapport n'a été reçu) et le Yukon (aucune activité grippale signalée). Trente-sept isolats de virus grippal ont été obtenus; dans tous les cas, sauf un, il s'agit du type A et l'on procède actuellement à une caractérisation plus poussée des souches.

L'introduction de cette variante antigénique lors d'une croisière en Amérique du Nord en septembre 1997 montre à quelle vitesse les nouvelles souches de virus grippal peuvent circuler à l'échelle mondiale à l'ère de la mobilité internationale. La coopération internationale à la surveillance de l'activité grippale joue un rôle primordiale dans la détection précoce de souches capables de causer des pandémies. En mai 1997, le premier cas causé par une souche aviaire de grippe A(H5N1) est survenu chez un enfant à Hong Kong et plusieurs autres cas ont été confirmés depuis. Au 5 janvier 1998, il ressort que le virus pourrait être transmis de personne à personne mais de façon inefficace. Néanmoins, ce cas représente une différence antigénique majeure par rapport aux souches qu'on savait jusqu'ici capables de transmettre la maladie aux humains. Les autorités sanitaires se sont mobilisées à Hong Kong et à l'échelle internationale afin de faire face à cette menace potentielle pour la santé publique.

Références

1. CDC. *Update: Influenza activity – United States, 1997-98 season*. MMWR 1997;46:1094-98.
2. CDC. *Prevention and control of influenza. Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP)*. MMWR 1997;46(RR-9):1-25.
3. Comité consultatif national de l'immunisation. *Déclaration sur la vaccination antigrippale pour la saison 1997-1998*. RMTC 1997;23 (DCC-2):1-12.

APERÇU DU PROGRAMME *FLUWATCH* CANADIEN POUR L'ANNÉE 1996-1997

Contexte

FluWatch est un programme national de surveillance du syndrome grippal (SG) qui a été lancé à titre de projet pilote en 1995-1996 et est devenu pleinement opérationnel au cours de la saison grippale 1996-1997. Avant l'existence de *FluWatch*, la surveillance nationale de la grippe reposait sur des données globales soumises au Laboratoire de lutte contre la maladie (LLCM) par 21 laboratoires d'un bout à l'autre du pays ainsi que sur des données individuelles fournies par environ la moitié de ces laboratoires. Le LLCM a également reçu des isolats en vue de la caractérisation virale et six provinces transmettaient régulièrement les données de leur propre programme de surveillance. Donc, le LLCM compilait des données de surveillance et préparait des résumés mensuels pour diffusion. L'interprétation des données sur la grippe à l'échelle nationale était une tâche compliquée; en effet, les mécanismes utilisés pour mesurer l'activité grippale différaient d'une province à l'autre, et les résultats de laboratoire tardaient en raison des délais de traitement et de production des rapports.

Le programme *FluWatch* a été élaboré afin d'améliorer le système existant de surveillance de la grippe en recueillant des données nationales uniformes en temps opportun. Il s'agit d'un projet conjoint auquel participent les provinces et les territoires, le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC), les programmes de médecins sentinelles en Colombie-Britannique et à Calgary, et le LLCM.

Conception

Le Système national de recherche (NaReS) du CMFC a recruté au moins un médecin dans chacune des divisions de recensement de 1991 d'un bout à l'autre du Canada, sauf en Colombie-Britannique et dans la région de Calgary, où des médecins sentinelles participaient déjà aux programmes de surveillance locale. Pendant une journée de consultation par semaine, entre le 1er octobre 1996 et la mi-avril 1997, on demandait aux médecins de remplir un formulaire en indiquant le nombre de patients ayant consulté et le nombre de patients qui satisfaisaient à la définition normalisée de SG. Ces deux groupes de patients étaient répartis par groupes d'âge. Les rapports étaient transmis par télécopieur ou l'information était communiquée par téléphone au LLCM chaque semaine. Par la suite, le LLCM compilait les données et préparait un rapport qui était diffusé toutes les 2 semaines.

À la fin de la première saison complète, les médecins participants ont évalué le programme *FluWatch* afin de déterminer s'il avait atteint les objectifs définis et pour évaluer le degré de satisfaction des usagers quant à sa conception et à sa mise en oeuvre.

Résultats

Sur les 290 divisions de recensement du Canada, 273 comptaient des médecins membres du CMFC qui pouvaient être recrutés. S'il est vrai que 223 médecins ont fait parvenir des rapports durant la saison de *FluWatch*, en moyenne, 110 médecins (49 %) ont participé au programme chaque semaine. Les médecins recrutés n'étaient pas répartis également d'un bout à l'autre du pays. Le pourcentage des divisions de recensement, par province et territoire, qui comptent au moins un médecin participant variait de 28 % au Québec à 100 % en Colombie-Britannique et au Yukon.

Le taux de réponse des médecins variait également d'une province à l'autre (tableau 1). Dans l'ensemble du Canada, 41 % des médecins ont soumis des rapports pour au moins 20 semaines (74 %) de la saison *FluWatch*.

Selon un questionnaire d'évaluation distinct, les médecins sentinelles ont vu en moyenne 32,8 patients par jour pendant la saison *FluWatch*. En tout, 3 818 cas de SG ont été diagnostiqués sur les 89 952 patients qui ont consulté (42,5 par 1 000 patients).

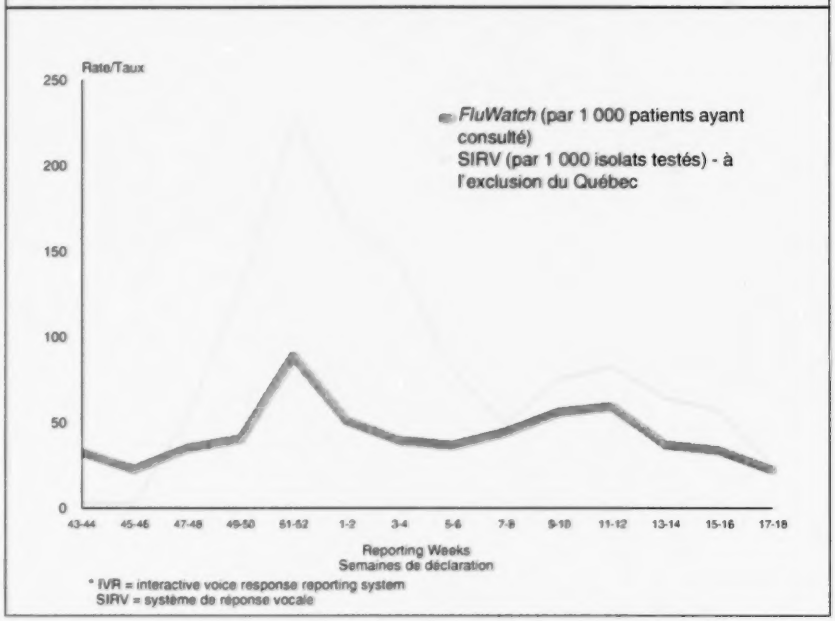
Tableau 1
Répartition des divisions de recensement comptant au moins un médecin participant, et taux de réponse des médecins, par province, programme *FluWatch*, 1996-1997

Province	Nombres total de divisions de recensement (recensement de 1991)	Nombre de divisions de recensement comptant des médecins membres du NaReS pouvant être recrutés	Nombre de divisions de recensement comptant au moins un médecin qui soumettait des données	Taux de réponse (% des médecins fournissant des données pendant au moins 20 semaines)
Terre-Neuve	10	10	9	36 (4/11)
Île-du-Prince-Édouard	3	3	2	67 (2/3)
Nouvelle-Écosse	18	17	12	31 (4/13)
Nouveau-Brunswick	15	15	8	42 (5/12)
Québec	99	94	26	20 (6/30)
Ontario	49	49	43	43 (25/58)
Manitoba	23	18	15	19 (3/16)
Saskatchewan	18	15	10	73 (8/11)
Alberta	19	19	13	33 (3/9)*
Colombie-Britannique	30	29	29	52 (29/56)
Yukon	1	1	1	100 (2/2)
Territoires du Nord-Ouest	5	3	2	0 (0/2)
TOTAL	290	273	170	

* l'exception du programme de médecins sentinelles de la région de Calgary

Le premier pic d'activité grippale au Canada s'est produit pendant la période de Noël. Une seconde vague moins importante est survenue entre le milieu et la fin du mois de mars. Cette tendance concorde avec celle qui a été observée dans les isolats confirmés en laboratoire signalés au LLCM (figure 1). Cette similitude s'est maintenue après normalisation des taux de SG en fonction des populations des provinces. Dans l'ensemble, la plus forte proportion de cas recensés dans le programme *FluWatch* a été observée dans le groupe des personnes âgées de 20 à 44 ans (33 %), le groupe d'âge de 45 à 64 ans (19 %) venant au second rang. Le taux le plus élevé a été enregistré dans le groupe de 0 à 19 ans (plus de 50 cas par 1 000 patients).

Figure 1
Comparaison des cas de SG relevés par le programme *FluWatch* et des cas de grippe confirmée en laboratoire (SIRV)* par semaine de déclaration, Canada, du 26 octobre 1996 au 4 mai 1997



Rapports

Durant la saison grippale, 15 rapports *FluWatch*, soit un toutes les 2 semaines, ont été préparés par le LLCM. Chaque rapport était accompagné d'une carte indiquant la présence ou l'absence de SG dans chaque division de recensement pour cette période de 2 semaines. La carte était accompagnée de graphiques représentant les taux d'isolats confirmés en laboratoire par province et territoire ainsi que d'un texte décrivant l'activité grippale locale, nationale et internationale. Le rapport *FluWatch* était diffusé aux médecins sentinelles, aux représentants du NaReS, aux épidémiologistes fédéraux et provinciaux et aux laboratoires, à l'Organisation mondiale de la Santé, et aux *Centers for Disease Control and Prevention* des États-Unis. D'autres articles récapitulatifs ont été préparés chaque mois pour le Relevé des maladies transmissibles au Canada, et l'information a également été présentée sur le site Web du LLCM. Le document affiché sur le site Web a été consulté 700 à 800 fois par mois.

Analyse

En moyenne, 110 médecins ont participé au programme *FluWatch* chaque semaine durant la saison grippale 1996-1997. Plus de 76 % des médecins qui ont répondu au questionnaire d'évaluation du programme (121 des 132 médecins qui ont reçu le questionnaire ont répondu) ont affirmé qu'ils seraient disposés à participer de nouveau au programme pour la saison grippale 1997-1998, et 84 % ont estimé que la définition de cas de SG était adéquate. Étant donné qu'il n'y avait pas de médecins disponibles ou que des médecins n'ont pas été recrutés dans toutes les divisions de recensement, les données de *FluWatch* n'étaient peut-être pas représentatives de l'activité grippale dans l'ensemble du Canada. De plus, le programme *FluWatch* n'était pays en mesure de fournir des données nationales uniformes en raison du taux de réponse variable dans certaines des régions qui ont fourni des données. Toutefois, les rapports sur le SG présentés au LLCM ont permis d'observer un profil bimodal pour la saison grippale 1996-1997. Cette tendance a été corroborée par les données confirmées en laboratoire, ce qui montre que le système *FluWatch* est un indicateur exact de l'activité grippale nationale (figure 1).

Lorsqu'on met en parallèle les diagnostics cliniques et les cas confirmés en laboratoire pour l'ensemble du pays, les profils d'activité semblent atteindre un pic au même moment (figure 1). Toutefois, lorsqu'on examine les données d'une province comme l'Ontario, qui fournit des données régulières pour un grand nombre de divisions de recensement, les taux mis en évidence par le programme *FluWatch* semblaient anticiper les résultats des laboratoires (figure 2) pour ce qui est des pics d'activité.

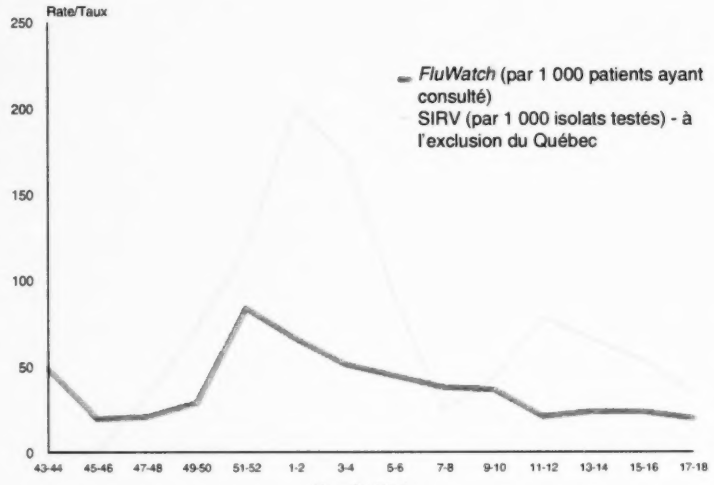
La répartition par âge des cas de SG n'a rien d'étonnant lorsqu'on considère que le programme *FluWatch* rend compte de la population « sur pied », c'est-à-dire des personnes qui consultent un médecin de famille à son cabinet ou dans une clinique. Le programme *FluWatch* ne rend pas compte des enfants qui consultent des pédiatres, ou qui sont examinés à la salle d'urgence, ou dans des cliniques, ni des personnes âgées dans les établissements de soins de longue durée; par conséquent, la plus forte proportion des cas de SG se retrouve chez les personnes âgées de 20 à 44 ans.

La majorité des médecins (75 %) qui ont rempli et transmis les questionnaires d'évaluation du programme ont indiqué que la fréquence des rapports, qui sont publiés toutes les 2 semaines, était acceptable et ont déclaré qu'ils aimaient bien la carte. Lors de la réunion fédérale, provinciale et territoriale sur la surveillance de la grippe, qui a eu lieu les 5 et 6 juin 1997, les représentants du programme de surveillance provinciale ont indiqué qu'ils trouvaient le texte de *FluWatch* très utile, mais ils ont proposé qu'on révise la carte afin de la rendre plus utile et d'en faciliter l'interprétation. Les représentants de provinces et des territoires ont également demandé de recevoir chaque semaine les données brutes sur le SG dans leur région.

Conclusions

La similitude des tendances observées avec le programme *FluWatch* et les données de laboratoire témoigne de la valeur de

Figure 2
Comparaison des cas de SG relevés par le programme *FluWatch* et des cas de grippe confirmée en laboratoire (SIRV)* par semaine de déclaration, Ontario, du 26 octobre 1996 au 4 mai 1997



* IVR = interactive voice response reporting system
SIRV = système de réponse vocale

FluWatch en tant qu'indicateur de l'activité grippale réelle. Cependant, afin de fournir des données nationales uniformes, le programme *FluWatch* devrait être plus représentatif de l'activité d'un bout à l'autre du pays. Il est essentiel que toutes les divisions de recensement soient représentées. Pour la saison 1997-1998, les provinces travaillent en collaboration avec leurs représentants locaux du NaReS afin de parvenir à recruter des médecins dans toutes les divisions de recensement. Des efforts sont également déployés afin d'inclure les communautés des Premières nations.

Pour faire en sorte que le programme *FluWatch* fournisse des données nationales en temps opportun, on étudie actuellement des méthodes qui devraient permettre d'accroître les taux de réponse des médecins chaque semaine. On envisage notamment de simplifier la formule de déclaration, de transmettre le rapport par télécopieur chaque semaine en guise de rappel et de prévoir une reconnaissance spéciale pour les médecins qui fournissent des données régulièrement. On espère également qu'en décentralisant certaines parties du programme, il se créera des partenariats locaux entre les médecins, les services de santé publique et les représentants locaux du NaReS, ce qui favorisera une participation régulière et continue.

Enfin, la diffusion des données du programme *FluWatch* a été modifiée pour la saison prochaine. Les provinces recevront chaque semaine les données brutes sur les SG pour leurs divisions de recensement. Le rapport *FluWatch* sera préparé toutes les 2 semaines, sauf pendant les périodes où l'activité grippale est importante; il sera alors préparé chaque semaine. Le rapport contiendra une carte *FluWatch* modifiée ainsi que des informations sur l'activité grippale à l'échelle locale, nationale et internationale. La carte rendra maintenant compte des niveaux d'activité grippale dans les provinces et les territoires. L'indice d'activité grippale sera attribuée par le représentant du programme pour la province ou le territoire et tiendra compte de plusieurs sources d'information : les données sur les cas de SG, les données de laboratoire, d'autres données provinciales et territoriales, dont les taux d'absentéisme à l'école et au travail, et toutes les éclosions survenant dans des établissements. L'indice d'activité sera un nombre entre zéro (aucune activité) et trois (forte activité). Le rapport *FluWatch* continuera d'être diffusé tant à l'échelle nationale qu'internationale.

NOTE : Vu le succès du terme "FluWatch", toutes les activités futures de surveillance de la grippe à l'échelle nationale seront regroupées sous cette appellation.

Source : *M Litt, BScN, MHSc, Épidémiologiste principal, Division de l'analyse des programmes de santé, Direction des programmes de santé des Premières nations et des Inuit, Direction générale des services médicaux, P Buck, DMV, MSc, Épidémiologiste d'intervention, Dr J Hockin, MSc, Directeur, Programme de formation en épidémiologie d'intervention, Bureau de la surveillance et de l'épidémiologie d'intervention, P Sockett, PhD, Chef, Division de la surveillance des maladies, Bureau des maladies infectieuses, LLCM, Ottawa.*

Errata

SALMONELLA ENTERITIDIS PHAGE TYPE 4 EN ONTARIO
Vol. 23-23, page 181

Le nom de *R Khakhria, BSc, Laboratoire national pour les entéropathogènes, LLCM, Ottawa (Ont.)* aurait dû paraître sous Source.

Supplément
1997
Recommandations canadiennes pour la prévention et le traitement du paludisme (malaria) chez les voyageurs internationaux octobre 1997, volume 23S5

Nous demandons aux lecteurs et lectrices qui on reçu un exemplaire des *Recommandations canadiennes pour la prévention et le traitement du paludisme (malaria) chez les voyageurs internationaux – 1997*, soit par abonnement ou sous forme de commande personnelle, de bien vouloir prendre note du changement suivant à l'annexe 1 (page 19).

Le paragraphe indiquant les régions présentant des risques de paludisme pour le Brésil devrait se lire comme suit :

Régions rurales des États d'Acre, Amazonas, Golás, Maranhâo, Mato Grosso et Pará; et les territoires de Tocantins, d'Amapá, Rondônia et Roraima.
Note : Aucun risque pour les voyageurs qui se rendent dans les régions côtières, de la corne jusqu'à la frontière de l'Uruguay et aux chutes d'Iguassu.

Notre mission est d'aider les Canadiens et les Canadiennes à maintenir et à améliorer leur état de santé.

Santé Canada

Pour recevoir le Relevé des maladies transmissibles au Canada (RMTC), qui présente des données pertinentes sur les maladies infectieuses et les autres maladies dans le but de faciliter leur surveillance, il suffit de s'y abonner. Un grand nombre des articles qui y sont publiés ne contiennent que des données sommaires, mais des renseignements complémentaires peuvent être obtenus auprès des sources mentionnées. Santé Canada ne peut être tenu responsable de l'exactitude, ni de l'authenticité des articles. Toute personne travaillant dans le domaine de la santé est invitée à collaborer (dans la langue officielle de son choix): la publication d'un article dans le RMTC n'en empêche pas la publication ailleurs.

Conseillers scientifiques : D[r] John Spika (613) 957-4243
D[r] Fraser Ashton (613) 957-1329
Rédactrice en chef : Eleanor Paulson (613) 957-1788
Rédactrice adjointe : Nicole Beaudoin (613) 957-0841
Éditique : Joanne Regnier

Pour soumettre un article, veuillez vous adresser à la Rédactrice en chef, Laboratoire de lutte contre la maladie, Pré Tunney, Indice à l'adresse : 0602C2, Ottawa (Ontario) K1A 0L2.

Pour vous abonner à cette publication, veuillez contacter :
Centre des service aux membres N[o] de téléphone : (613) 731-8610, poste 2307
Association médicale canadienne FAX : (613) 731-9102
1867 Promenade Alta Vista
Ottawa (Canada) K1G 3Y6

Prix par année :
Abonnement de base : 80 $ (et frais connexes) au Canada; 105 $ US à l'étranger.
Abonnement préférentiel : 150 $ (et frais connexes) au Canada; 175 $ US à l'étranger.

© Ministre de la Santé 1997